

SFPC

Société française
de pharmacie clinique



PAS DE FRONTIÈRES POUR LA PHARMACIE CLINIQUE

18^e Congrès de la SFPC

Marseille Parc Chanot - 26 au 29 janvier 2020

Pharmacie clinique en pédiatrie... un peu d'endocrinologie

Héloïse Capelle, Sébastien Chanoine,
Sandrine Masseron, Sonia Prot-Labarthe
Dr Sarah Castets

Groupe de travail Pédiatrie de la SFPC

Enfant de 6 ans (M) diabétique de type 1 sous pompe à insuline
Hospitalisé pour gastro entérite aigüe / déséquilibre du diabète
Pas d'allergie, pas d'ATCD familiaux, historique vaccinal inconnu

Histoire de la maladie

- Diagnostic diabète type 1 18 mois plus tôt → **diagnostic clinique du DT1 ?**
 - Consultation aux urgences pédiatriques pour syndrome polyuropolydipsique évoluant depuis 1 semaine, énurésie depuis 1 mois et perte d'appétit
 - Glycémie capillaire à l'arrivée aux urgences : 5,91 g/L → **diagnostic biologique du DT1 ?**
BU: glycosurie et acétonurie
HbA1c 10.8%
 - Faible positivité des anticorps : Ac anti GAD à 1 mUI/L et IA2 négatifs
- Début traitement par insulinothérapie SC avec schéma basal bolus → **quelles sont les 2 options/schémas thérapeutiques/galéniques permettant de reproduire une insulinosécrétion physiologique?**
- Schéma actuel : pompe à Insuline Novorapid°
 - Bolus : 4UI-3.5UI-4UI-4UI
 - Basal : 0.125 UI/h de minuit à 4h; 0.150 UI/h de 4h à 12h;
0.2 UI/h de 12h à 16h; 0.250 UI/h de 16h à 20h;
0.150 UI/h de 20h à minuit

Cas Clinique Patient B

• Histoire actuelle :

- 2**
- **GEA non fébrile** depuis 3 jours traitée par métopimazine et racécadotril → **Quelle prise en charge recommandée pour une GEA non fébrile?**
 - Au domicile = dextro 0.33 g/L : hydratation et resucrage par la maman sans succès, vomissements
 - Arrivée aux urgences = dextro 0.58 g/L : perfusion G10% + NaCl, KCl et insulinothérapie
Examen clinique : enfant pâle et cerné, légèrement déshydraté
 - Glycémie sanguine : 4,15 mmol/L
19h relai par pompe avec basal temporaire à 30%
21h vomissements + hypoglycémie 0.33 g/L reprise insuline IVSE
 - **J1 Hypoglycémie et vomissements** → **Pourquoi?**, instauration hydratation IV, diminution des doses d'insuline
 - **J2** : Absence de vomissements, glycémie correcte 0,84 g/L
 - **J3, J4, J5** : Bon état général, dextro préprandial 1,40 et 1,34 g/L

- **J6** : Hyperglycémies, pas de vomissements augmentation de la dose basale
Bilan complémentaire demandé devant hypoglycémies persistantes = recherche Ac anti GAD et anti IA2, maladie cœliaque et insuffisance corticotrope
- **J8** : Reprise doses habituelles pompe basal/bolus devant hyperglycémies
Résultat partiel bilan = Pas de déficit corticotrope
Echo rénale demandée en externe recherche hypodysplasie rénale/kystes en faveur d'un diabète génétique/**MODY : Savez-vous ce que c'est ?**
- **J10** : Pas d'hypo nocturne, tjrs en attente des résultats des dosages en anticorps
Sortie sous pompe à insuline Novorapid° basal/bolus, modification du bolus du soir

2

Cas Clinique Patient B

- Votre avis ?
- Et que conseillez-vous ?



1

Cas clinique Patient C

- Garçon né à 36 semaines d'aménorrhées + 3 jours
- Grossesse gémellaire bi-amniotique bichoriale
- Poids de naissance : 2,320 kg
- Score APGAR à 10/10
- Découverte d'une 17-OH-P élevée au Guthrie

A quoi pensez-vous ?

- **J+24**

- Déshydratation, constipation et vomissements
- Choc avec défaillance multiviscérale puis arrêt cardiorespiratoire de 20 min
- Coagulation intravasculaire disséminée
- Biologie :
 - Natrémie : 112 mmol/L
 - Kaliémie : 8,3 mmol/L
 - Cortisol : 12 nmol/L (VN = 40-304 le matin entre S2 et M3)
 - ACTH : 19,6 nmol/L soit 88,3 ng/L (VN = 10 à 60 le matin)
- Bonne évolution

A quoi pensez-vous ?

- Prise en charge : **URGENCE +++**
 - Rééquilibration hydroélectrolytique
 - Traitement substitutif
 - Traitement étiologique (pas dans ce cas)
 - Surveillance (clinique +++)
 - (Education thérapeutique : traitement substitutif = traitement à vie)

Quel est le traitement substitutif ?

1

Cas clinique Patient A

Raison de consultation : Infléchissement statural depuis l'âge de 2 ans (+1 DS à -2 DS)

- Née à 40 SA,
- Poids de naissance 3190g (25^e percentile)
- Taille de naissance 50,5cm (50^e percentile)
- PC 35,5cm (50-75^e percentile)
- Mère 167cm, 72kg
- Père 167cm, 60kg
- Age première règles mère : NC
- Consanguinité : oui
- Taille cible génétique : 173,5cm
- Douleurs abdominales chroniques : échographie colique, iléoscopie : bilan négatif sauf gastrite à H pylori traitée

Le jour de la consultation :

- Age chronologique : 9 ans
- Age osseux : 6 ans 10 mois
- Poids : 23.5 kg (10^e percentile)
- Taille : 119.2 cm (- 2 DS)
- PC 50 cm
- BMI : 16.5 kg/m²
- Description de la croissance : courbe régulière sur la moyenne jusqu'à 4 ans puis infléchissement progressif (M à - 2 DS en 5 ans). Courbe poids plus ou moins régulière sur 10^e percentile
- Morphologie : lèvre supérieure un peu fine, philtrum long, cou un peu court, fentes palpébrales normales, oreilles et implantations des cheveux : normales
- Stade pubertaire : A1 P1 S1 (Pilosité/Seins)
- Reste de l'examen sans particularité

Bilan de base (11)

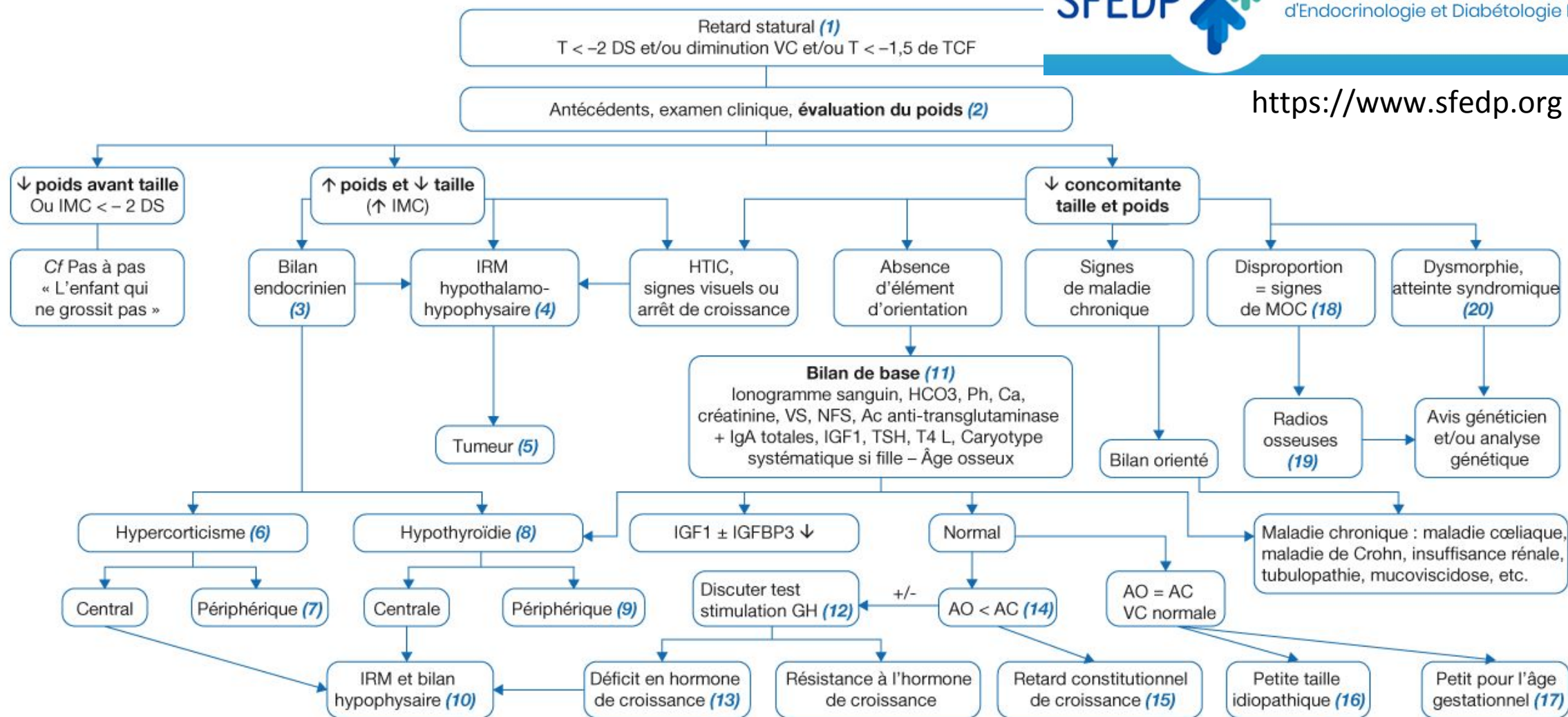
Ionogramme sanguin, HCO₃, Ph, Ca, créatinine, VS, NFS, Ac anti-transglutaminase + IgA totales, IGF1, TSH, T4 L, Caryotype systématique si fille – Âge osseux

- **Fonction somatotrope** :
IGF1 : 96 ng/ml
- **Fonction thyroïdienne** :
T3L : 6.5 pmol/l
T4L : 17 pmol/l
TSH : 4.07 mUI/l
- **Fonction gonadotrope** :
FSH de base à 1.8 UI/l
LH < 0.1 UI/l
E2 : < 5 pg/ml
- **Fonction post hypophyse** :
Osmolarité urinaire en boisson libre : 858 mOsmol/kg
Na U = 159 mmol/l
- **Régulation phosphocalcique** :
Ca⁺⁺ : 2.22 mmol/l
Ph : 1.75 mmol/l
Mg : 0.90 mmol/l
PTH : 36 ng/ml
PAL : 142 UI/l
25 OH vit D : 12 µg/l

Cas Clinique Patient A

- **Autres examens**
Caryotype : 46 XX normal, pas de délétion du gène SHOX
Anticorps anti transglutaminase : négatifs en novembre 2009 (en externe)
- **Bilan lipidique** :
Cholestérol : 6.82 mmol/l soit 2,6g/L
HDL Cholestérol : 1.9 mmol/l soit 0,7g/L
LDL cholestérol 4.67 mmol/l soit 1,8g/L
- **Hématologie** :
NFS : Hb : 13.7 g/dl
VGM : 79.6 µ³
GB : 4800 /mm³
Plaquettes : 284000 /mm³
- **Ionogramme sanguin** :
Na : 139 mmol/l
K⁺ : 4.2 mmol/l
Bicarbonates : 24 mmol/l
Urée : 4.9 mmol/l
Créatininémie : 42 µmol/l
Protéines : 67 g/l
- **Bilan hépatique** :
ALAT : 29 UI/l
ASAT : 20 UI/l
γGT : 1 UI/l
Ferritine : 19 µg/l

- Quelles hypothèses diagnostiques ?
- Quel test suggérer ?
- Où trouver les normes des bilans hormonaux chez l'enfant ?



VC : vitesse de croissance
TCF : taille cible familiale
TSH : *Thyroid Stimulating Hormone*

<https://pap-pediatrie.fr/endocrinologie/enfant-trop-petit>

**Ordonnance de traitement par
somatropine Génotonorm^o 0,8 mg/j soit 35 µg/kg/j
Quels conseils d'administration pour les hormones de croissance ?**

- Modalités de prescription / d'administration ?
- Prévention des effets secondaires locaux ?
- Quels effets secondaires aux hormones de croissance ?
- Quelle efficacité attendue ?



PAS DE FROID
POUR LA
PHARMACIE CLINIQUE

Sarah.CASTETS@ap-hm.fr
heloiscapelle@hotmail.com
SChanoine@chu-grenoble.fr
sandrine.masseron@parisdescartes.fr
sonia.prot-labarthe@aphp.fr

18^e congrès de la SFPC